

.....  
pieczętka zakładu  
lub prywatnej praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\*

**dla potrzeb Zespołu Orzekającego działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  
w Bytowie**

działającego na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U.2017.1743)

### **DOTYCZY WYDANIA ORZECZENIA O POTRZEBIE ZAJĘĆ REWALIDACYJNO - WYCHOWAWCZYCH**

**Dla dziecka/ucznia:**

.....ur.....w.....  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

**PESEL:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Zamieszkały/a** .....  
(adres)

Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z aktualnie obowiązującą Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD:

ICD .....

|  |
|--|
|  |
|--|

Pełna nazwa jednostki chorobowej:

.....  
.....  
.....  
.....

**1. Forma realizowanych zajęć: indywidualna/ grupowa (odpowiednio podkreślić)**

**2. Niezbędny sprzęt specjalistyczny do realizacji zajęć:**

.....  
.....

**3. Zalecenia dotyczące realizacji zajęć:**

.....  
.....

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

*\* wydane przez lekarza specjalistę lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie dokumentacji medycznej leczenia specjalistycznego*